

ACCIONES PENALES DEL ABORTO EN QUIBDÓ
DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SENTENCIA C-355 DEL 10 DE MAYO DE
2006 POR LA CORTE CONSTITUCIONAL

AUTOR

JAMES CÓRDOBA MORENO

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE DERECHO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO PENAL
CORTE 13
2016
ACCIONES PENALES DEL ABORTO EN QUIBDÓ

DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SENTENCIA C-355 DEL 10 DE MAYO DE
2006 POR LA CORTE CONSTITUCIONAL

JAMES CÓRDOBA MORENO

MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN DERECHO PENAL

ASESOR

EGAR AUGUSTO ARANA MONTROYA

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE DERECHO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO PENAL
CORTE 132016

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

Pereira, abril de 2016.

EDICATORIA

Inicialmente deseo dedicarle este trabajo especial a todas las personas que siempre creyeron en mi capacidad, capacidad que tenemos todos, es grato saber la fuerza y determinación que poseemos cuando queremos alcanzar algo...

A Dios por ser siempre ese sentimiento de alegría, tranquilidad y serenidad en cada momento de esta etapa de vida que esta próxima a culminar espero ser digno por tan valioso esfuerzo.

JÁMES CÓRDOBA MORENO

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A DIOS TODOPODEROSO

Infinitas gracias a Dios Todopoderoso por habernos dado fe, inteligencia y fuerza de voluntad para obtener el éxito propuesto.

A NUESTRA ALMA MATER

Por abrirnos un espacio para nuestro crecimiento académico y profesional.

A LOS PROFESORES

Muchísimas gracias a los docentes de la Facultad de Derecho, de la Universidad Libre seccional Pereira, por los conocimientos jurídicos, experiencias y orientaciones que nos servirán de norte en nuestro desempeño profesional.

En especial al Dr. Edgar agosto Arana Montoya

Decano de la facultas de derecho - posgrados

CONTENIDO

	Pág.
1. TITULO	12
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
3. HIPÓTESIS.....	18
4. JUSTIFICACION.....	19
5. OBJETIVOS	21
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	21
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
6. MARCO REFERENCIAL.....	22
6.1. MARCO TEORICO	22
6.2. MARCO CONCEPTUAL.....	22
6.3. MARCO LEGAL.....	25
6.4. MARCO ESPACIO- TEMPORAL	25
7. RESUMEN CAPÍTULO I.	26
7.1. EL ABORTO	26
7.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	26
7.2. Concepto	29
7.3. Clases de Aborto	29

8. CAPÍTULO II.	32
8.1. Opinión de los Médicos	32
8.1.1. Malformaciones congénitas	32
8.1.2. El embarazo puede poner en riesgo vital a la madre.	32
8.2. Aspectos a tener en cuenta... ..	33
8.2.1. La autonomía	33
8.2.2. La ética médica se sustenta en valores y principios intemporales	33
8.2.3. La Objeción de Conciencia:	34
8.2.4. Beneficencia:	34
8.2.5. No Maleficencia:	34
8.2.6. Justicia y equidad:	34
8.3. Como se practica el Aborto	35
8.3.1. Métodos legales de interrupción voluntaria del embarazo	35
8.3.2. El Mifepristone	35
8.3.5. La aspiración al vacío es la técnica quirúrgica de elección para embarazos hasta 12 semanas completas.....	36
8.3.6. Métodos para ser utilizados después de las 12 semanas completas desde la fecha de la última menstruación.....	36
8.3.8. Provisión de métodos anticonceptivos.....	38
8.4. MÉTODOS CLANDESTINOS E ILEGALES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	40

8.4.1. El Legrado:.....	40
8.4.2. La inducción de contracciones:.....	41
8.4.3. El Envenenamiento Salino:.....	41
8.4.4. La Inyección Intraamniótica	42
8.4.5. Aborto por las prostaglandinas:	42
8.4.6. Aborto con Plantas:.....	43
8.4.7. Las pastillas para abortar.....	45
8.5. El código Penal Colombiano.....	45
8.6. Teorías sobre el Aborto.	47
8.6.1. El Aborto: Una forma de Injusticia Social.	47
8.6.2. El Aborto: Un asunto de Derechos Humanos.	48
9. RESUMEN CAPÍTULO III	51
9.1. Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional	51
9.1.2. La vida como un bien constitucionalmente relevante que debe ser protegido por el Estado colombiano, y su diferencia con el derecho a la vida:	51
9.1.3. La vida y los tratados internacionales de derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad:	52
9.1.4. Los derechos fundamentales de las mujeres en la Constitución Política Colombiana y en el derecho internacional:	53
9.1.5. Los límites a la potestad de configuración del legislador en materia penal:	56

9.1.6. La cuestión del aborto en el derecho comparado:	58
9.1.7. Examen del caso concreto:.....	58
9.2. El Derecho a La Vida.....	59
9.3. La Constitución Política de Colombia, garantiza el derecho a la vida de la siguiente forma:	60
10.2. Derechos Sexuales Reproductivos.....	62
10.3. ¿Cuál es el alcance de los derechos sexuales?	62
10.4. ¿Qué alcance tienen los derechos reproductivos?	64
10.6. El Aborto como un Problema de Salud Pública.	65
10.6.1. El Aborto como un problema de salud pública.....	65
10.6.2. Aborto como problema social:.....	66
10.6.3. Aborto como problema psicológico:	67
10.6.4. El Aborto Inducido tiene Altos Costos Económicos para el Estado:	68
10.6.5. Capacidades Económicas:.....	69
11. DISEÑO METODOLÓGICO.....	70
11.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	70
11.2 METODO DE INVESTIGACIÓN.....	70
11.1.1. ANÁLISIS-SÍNTESIS	70
CONCLUSIONES	71
BIBLIOGRAFIA	72

LISTA DE FIGURAS

Págs.

Figura 1. Aborto terapéutico.....	40
Figura 2. Aborto provocado por curetaje.....	40
Figura 3. Aborto provocado.....	41
Figura 4. . Aborto provocado por	41
Figura 5. Aborto por envenenamiento.....	42
Figura 6 . Abortos por las prostaglandinas.....	43
Figura 7. Desbaratadora	43
Figura 8. Nacecera	44
Figura 9. Descancel.	44
Figura 10. Hierba de sapo.....	44

SIGLAS

ARS: Aseguradoras del Régimen Subsidiado o EPS del Régimen Subsidiado.

DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos.

EPS: Entidades Promotoras de Salud.

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios.

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

PAB: Plan de Atención Básica.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SSR: Salud Sexual y Reproductiva.

CONVENCIONES Y CONFERENCIAS INTERNACIONALES

DUDH: Declaración Universal de Derechos Humanos.

CADH: Convención Americana de Derechos Humanos.

CMDH: Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos.

CEDAW: (sigla en inglés) Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer.

PIDCP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

1. TITULO

ACCIONES PENALES DEL ABORTO EN QUIBDÓ DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA SENTENCIA C-355 DEL 10 DE MAYO DE 2006 POR
LA CORTE CONSTITUCIONAL

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles serían las consecuencias jurídicas-sociales del aborto frente a los derechos humanos en ella involucrados según el análisis y discusión de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional mediante la cual despenaliza (en casos especiales) el aborto, reconociendo el derecho de las mujeres de Quibdó en edad fértil a interrumpir de manera voluntaria el embarazo?

Las situaciones de inequidad cultural, social y económica que viven las mujeres quibdosenas limitan el ejercicio de sus Derechos Humanos y específicamente de sus Derechos Sexuales y Reproductivos. En este contexto, la penalización del aborto y por ende, la realización de abortos clandestinos practicados en condiciones de riesgo, constituyen un grave problema de salud pública, una vulneración de Derechos Humanos, una injusticia social, una limitación para el ejercicio pleno de la ciudadanía y una forma de violencia y discriminación contra las mujeres.

En este capítulo se presentarán algunas consideraciones generales que ayudan a enriquecer los acercamientos frente a la problemática del aborto en la ciudad de Quibdó, Para ello, se hace un breve recorrido sobre cómo se ha abordado este problema, porque se considera un asunto ético, de Derechos Humanos y de salud pública y se plantean elementos básicos desde el enfoque de género sobre las representaciones y prácticas de la sexualidad y la reproducción de mujeres y hombres.

El reconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de las mujeres, el desarrollo del derecho internacional y la incidencia política del movimiento de mujeres, han logrado que las legislaciones respondan a las necesidades e intereses de las mujeres. La Sentencia C-355 y su implementación en el marco del respeto, promoción y garantía de los Derechos Humanos, constituyen un avance importante para el ejercicio de los derechos de las mujeres y sienta un precedente para la exigibilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Quibdó.

El aborto no es una práctica reciente. Históricamente se han utilizado diferentes maneras para evitar o poner fin a los embarazos no deseados. Las mujeres y los hombres han recurrido a las propiedades de las plantas o a técnicas manuales también llamadas clandestinas o caseras para controlar su capacidad reproductiva. Sin embargo, en Colombia, el debate sobre el aborto se hace público en los años 60, cuando el movimiento feminista reflexiona desde una perspectiva cultural sobre el cuerpo, la separación entre sexualidad y reproducción por la aparición de la píldora anticonceptiva y las relaciones entre mujeres y hombres. “Son las feministas y los grupos de mujeres quienes históricamente han puesto el tema en la escena pública del país, desde diferentes ámbitos y posiciones: libre opción a la maternidad, interrupción libre de la preñez, derechos sexuales y derechos reproductivos, despenalización o legalización del aborto”, La reflexión sobre el aborto ha estado marcada por posturas dogmáticas y dominantes de los sectores conservadores y las iglesias, especialmente, la católica. Posturas influenciadas por los roles tradicionales asignados a las mujeres y por las discriminaciones de género. Por otro lado, la construcción de sociedades pluralistas, democráticas y

equitativas para mujeres y hombres ha producido transformaciones en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

“En términos generales, a partir de la década de los cincuenta la tendencia de la legislación del mundo ha sido hacia la despenalización del aborto, especialmente teniendo en cuenta los altos índices de morbilidad y mortalidad derivados del aborto clandestino entre los sectores más pobres”. Esta situación se evidencia en que solamente el 0.4% de los países tienen legislaciones que prohíben el aborto en cualquier situación. Por ejemplo países como Chile, Perú y Argentina consideran ilegal el aborto y castigan con penas de cárcel su práctica.

En Colombia, desde la década del setenta se presentaron diferentes propuestas legislativas relacionadas con el aborto que surgieron como el resultado de las conferencias internacionales de Naciones Unidas sobre la mujer y el movimiento de mujeres.

El 10 de mayo de 2006 la **Corte Constitucional** mediante la **Sentencia C-355** estableció que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la madre, certificado por un médico.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

En diciembre de 2006, el **Presidente de la República**, el **Ministerio de la Protección Social** y el **Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud** reglamentaron la práctica del aborto en las tres circunstancias establecidas en la

Sentencia C-355, por medio de la expedición del Decreto 4444/06, la Resolución 4905/06 y Anexos, el Acuerdo 350/06, la Norma técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la Circular Externa No. 031/07. El logro de la despenalización del aborto en Colombia en los tres casos

excepcionales planteados por la Corte Constitucional, está influenciado por los movimientos a favor de los derechos de las mujeres, por las transformaciones en los diversos escenarios públicos y privados en los que participan las mujeres y por el compromiso ético como lo demuestran los argumentos establecidos por los miembros de la Corte. Diversas organizaciones pusieron en marcha la **Campaña por la Despenalización del Aborto en Colombia**, la cual hizo parte de la Campaña por una Convención Interamericana por los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Se realizaron estrategias de incidencia política como plantones, actos simbólicos, marchas, comunicados de prensa, cartas dirigidas a instituciones, entre otras. La incidencia del movimiento de mujeres en la despenalización del aborto no fue coyuntural durante la primera y segunda demandas ante la Corte, sino que ha sido el resultado de más de veinte años de trabajo.

La Sentencia de la Corte es un avance para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres colombianas en varios sentidos. El primero, hace referencia a la visibilización del aborto como un asunto de Derechos Humanos y de responsabilidad del Estado. El segundo, implica que las mujeres pueden decidir interrumpir un embarazo en las tres situaciones despenalizadas sin ser criminalizadas, es decir, hay un reconocimiento a su autonomía y autodeterminación.

El tercero, es el acceso a servicios de salud adecuados con lo cual se garantizan prácticas de IVE en condiciones seguras, higiénicas y realizadas por personal calificado.

Sin embargo, es relevante considerar que la despenalización del aborto en los tres casos excepcionales, no es la única solución frente a la problemática del aborto inseguro, debido a que el embarazo no deseado constituye una de las principales razones de las mujeres para abortar, aun asumiendo altos riesgos para su vida o salud. La disminución del embarazo no deseado hace parte de una de las líneas de acción de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, junto con la búsqueda de condiciones para la maternidad segura, acceso a la planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.

Por lo tanto, son varios los retos que se plantean. Algunos de ellos son: transversalizar el enfoque de género en las políticas, programas y servicios de SSR; garantizar el acceso universal de las mujeres a métodos anticonceptivos seguros y modernos; desarrollar servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo a las particularidades de las mujeres; fortalecer la autonomía y empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones reproductivas y para asumir prácticas de autocuidado; diseñar programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a hombres; implementar una política de educación sexual basada en los Derechos Humanos y la equidad de género; promover transformaciones culturales, políticas y económicas que eliminen las discriminaciones contra las mujeres y, mejorar las condiciones de vida de las mujeres (nivel educativo, atención en salud, empleo digno, vivienda, entre otros).

3. HIPÓTESIS

“La vida es el derecho más importante para los seres humanos. La vida tiene varios factores; la vida humana en sus formas corporales y psíquicas, la vida social de las personas por medio de la cual estos realizan obras en común y la vida de la naturaleza que relaciona a los seres humanos con las demás especies vivientes.

Entre los derechos del hombre y la mujer, sin duda el más importante es el derecho a la vida, pues es la razón de ser de los demás, ya que no tendría sentido garantizar la propiedad, la religión o la cultura, si el sujeto al que se los concede está muerto. Integra la categoría de derechos civiles, y de primera generación, y está reconocido en numerosos tratados internacionales: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto de San José de Costa Rica, la Convención para la Sanción del Delito de Genocidio, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, y la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes.”^[1]

Si el verbo rector es la vida, planteada en la Constitución Política de Colombia, ¿por qué hay Leyes encontradas? según sentencia C-355 del 10 de mayo del 2006 de la Corte Constitucional de Colombia, que habla de la despenalización del aborto en Colombia en sus tres aspectos, expresados anteriormente.

4. JUSTIFICACION

Colombia es un estado social de derecho, soportado en el respeto de los derechos humanos y fundamentales que le asisten a todos y cada uno de sus asociados y entre ellos prevalece el más importante, cual es el derecho a la **VIDA**.

El aborto, no es el mejor método ni la mejor solución para un embarazo no planeado, por el contrario, se convierte en un problema más, debido a que este no es legal y atenta contra la vida de un ser humano y en muchas ocasiones deja consecuencias mayores e irreparables en la mujer.

El incremento acelerado del desarrollo científico del pasado siglo, junto al magno proceso social que involucra elementos como la globalización, internacionalización de la cultura y la economía, entre otros múltiples aspectos, ha generado grandes cambios en la mentalidad, el modo de vida, la comprensión del hombre (La mujer) sobre sí mismo(a) así como sobre su comportamiento y el efecto de sus interacciones a nivel social.

El progreso científico ha abierto vastos horizontes, fascinantes para la ciencia y para el hombre mismo, pero al mismo tiempo ha interpelado al hombre y a la sociedad, suscitando con este impacto nuevos cuestionamientos sociales y también políticos. Tal circunstancia ha conllevado a propiciar distintas perspectivas de análisis y estudio de numerosos problemas en relación con la interpretación de los nuevos recursos ofrecidos por la ciencia, esencialmente en relación con la aplicación de los conocimientos y posibilidades de las ciencias médicas y biológicas.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de mujeres que quedan embarazadas no queriendo tener a ese hijo no planeado, quizás por los propios errores de no tener en cuenta todas las precauciones, por desinformación, o hasta por

miedo a enfrentar las múltiples responsabilidades que acarrea un hijo, el hecho es que hoy día nos enfrentamos al preocupante número de mujeres que se practican un aborto en Quibdó sin contar las condiciones insalubres de los sitios en donde se lo practican de forma clandestina e ilegal, tomándolo como una solución rápida y contundente, para no tener un hijo que en el futuro les cause dificultades.

Con la realización de esta monografía se pretende precisar los criterios legales y jurisprudenciales que han de tenerse en cuenta para el análisis ético- moral del aborto en Quibdó y así poder brindar una importante fuente de referencia a las personas involucradas en la aplicación del aborto como: médicos y comunidad en general.

Finalmente, debe anotarse que, existe un importante interés en el estudio a realizar, ya que los resultados obtenidos por medio de este trabajo de grado servirán para que otras personas continúen la labor emprendida profundizando o explorando la problemática objeto de estudio a través de ópticas similares o complementarias.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son las principales causas que conducen a la realización del aborto en Quibdó, pretendiendo disminuir la cantidad de mujeres que recurren a esta terrible práctica violatoria de los Derechos Humanos, analizando además las implicaciones ético-jurídicas en la normatividad y la sociedad Quibdoseña.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explicar la injerencia del aborto frente al derecho penal en Quibdó.

Identificar las implicaciones ético- jurídicas del Aborto en la ciudad de Quibdó

Indicar los alcances de la Sentencia C-355 del 10 de Mayo 2006 de la Corte Constitucional.

Precisar los diferentes conceptos médicos y comunitarios para enriquecer la discusión sobre el Aborto en Quibdó

Señalar la posición de la iglesia frente al Aborto.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1. MARCO TEORICO

En el desarrollo de esta investigación enfatizaremos en los siguientes tópicos:

- ✓ El Aborto
- ✓ Evolución histórica
- ✓ Concepto
- ✓ Clases de Aborto
- ✓ Opinión de los médicos
- ✓ Como se practica el Aborto
- ✓ El código penal colombiano

- ✓ Teorías sobre el aborto
- ✓ Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional
- ✓ Sentencia T-388 de 2009 de la Corte Constitucional
- ✓ El derecho a la vida
- ✓ El Aborto y la profesión medica
- ✓ Derechos Sexuales Reproductivos
- ✓ El Aborto como un problema de salud pública.

6.2. MARCO CONCEPTUAL

Vida Humana. Es siempre un bien. De hecho, es el bien máspreciado que existe y es el fundamento de todos los demás bienes que un ser humano puede poseer. Además, la vida de cada persona tiene tan alto valor que no puede compararse con el valor de la vida de otros seres vivos. Es un deber que recae sobre todo ser humano. Se ha de tomar con responsabilidad y decisión. Es, de hecho, un deber cívico dado que la protección de la vida humana es una condición irreemplazable para asegurar el bien común de todos.

Derecho a la Vida. Es el derecho fundamental que tiene todo ser humano a que se respete su existencia, que solo debería poder perderse por causas naturales o accidentales.

Es el más importante de los derechos y precede a todos, ya que sin vida no puede gozarse de ninguna otra facultad. Es un derecho natural que el derecho positivo debería reconocer siempre, pero no ocurre así en la práctica.

Gestación. Período de desarrollo del **feto** dentro del **útero** desde su concepción hasta el nacimiento. Para los humanos este período dura normalmente 40 semanas.

Embrión. Estadío que va desde la creación del cigoto hasta la formación de los órganos y tejidos que constituyen el feto; es la primera etapa del desarrollo de un ser vivo.

Feto. Es aquel en el que sus rasgos se hacen definitivos hasta el momento de nacer; corresponde aproximadamente al período desde el día 90 de la gestación hasta el parto.

Nasciturus. El que está por nacer. Es un término jurídico que designa al ser humano desde que es concebido hasta su nacimiento.

Aborto. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, (Informe Técnico No. 461), es "la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable" Medicamente, es la terminación espontánea o inducida de la gestación: antes de la semana 22 o la expulsión de un feto con peso menor o igual a 500 gramos, y 25 centímetros de talla, cuando no se conoce su edad gestacional. Aborto hasta las 22 semanas; feto inmaduro hasta las 28 semanas: prematuro entre 28 y 36 semanas y embarazo a término entre 37 y 40 semanas de gestación contadas a partir de la fecha de la última menstruación. El aborto se clasifica como: *temprano*, si se presenta antes de 12 semanas, y *tardío* entre las 12 y 22 semanas.

Aborto Inducido. Se definió por el Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO como "la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el conceptus (el producto de la concepción) sea viable de manera independiente" y como dijimos antes, la Organización Mundial de la Salud, OMS, definió la viabilidad en las 22 semanas completas de gestación.

Aborto Terapéutico. Es el que se indica cuando el embarazo pone en peligro la vida de la madre. Su Incidencia es del 12%. En Colombia, jurídicamente está definido: "Cuando constituya grave y actual o inminente peligro para su vida o salud física o mental, que no sea posible evitar de otra manera". (Art 3°)." Para su aceptación "basta el dictamen médico". Desde el Código colombiano de 1890, Art. 640, se limita a eximir de pena al que con "rectitud y pureza de intenciones" se crea autorizado para acudir a dichos medios.

Son indicaciones para **Aborto Terapéutico**, los siguientes casos:

Enfermedades renales: Insuficiencia renal por glomerulonefritis crónica, enfermedad renal en riñón único, nefropatía diabética, Enfermedades cardíacas:

Cardiopatía hipertensiva, Insuficiencia Cardíaca o edema agudo de pulmón, fibrilación auricular, hipertensión pulmonar (mortalidad: 50%), Estenosis aórtica (mortalidad: 35%), Estenosis subaórtica idiopática y Cardiomiopatías. En aquellos países en que el aborto terapéutico no se contempla expresamente en el código penal, los abortos con motivación médica se

permiten en la práctica y son reconocidos y aceptados por los tribunales de justicia amparándolos en el estado de necesidad y en ellos se incluyen en algunos países, las consideraciones de orden Mental y Social como indicaciones para suspender una gestación.

Aborto Eugenésico. Es el que se realiza por razones que justifican la expectación de un defecto somático o psíquico incurable debido a la herencia mórbida transmisible de uno o ambos padres o a causa de un daño ocasionado durante el embarazo. (Calandra, Del Valle y otros.)

Son *Indicaciones de Aborto Eugenésico*:

La infección por el virus de la Rubéola, responsable de malformaciones cerebrales tales como:

Microcefalia, retardo mental, ceguera y sordera en el en el 50% de los casos cuando ocurre en el primer mes de embarazo; 22% en el segundo mes y 6%: tercer mes; infecciones por los virus de la Varicela y el Citomegalovirus. Errores innatos del metabolismo: Enfermedad de Tay Sachs, Ictiosis del Arlequín. Hidrocefalia extrema, malformaciones mortales como: Hidranencefalia, Acrania, Anencefalia, Mielomeningocele,

Agnesia renal bilateral, Síndrome de regresión caudal y otras anomalías como:

Trisomías. 21, 13,15, 18, 11; síndrome del llanto del gato. Acciones de riesgo como el alcoholismo crónico severo en la madre, uso de antimetabolitos, tetraciclinas, warfarinas y radiaciones de más de 10.000 rads.

Parto. El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona.

Derechos Humanos. Los derechos que son inherentes a nuestra naturaleza y sin los cuales no podemos vivir como seres humanos. Los derechos humanos y libertades fundamentales nos permiten desarrollar y emplear cabalmente nuestras cualidades humanas, nuestra inteligencia, nuestro talento y nuestra conciencia y satisfacer nuestras variadas necesidades, entre ellas las necesidades espirituales.

Derecho Fundamental. Para la Corte Constitucional (Sentencia N° T-406/92) para que un derecho tenga la calidad de fundamental debe reunir unos requisitos esenciales: 1) conexión directa con los principios constitucionales; 2) Eficacia directa y 3) Contenido esencial.

Ética Médica.- Definida en términos sencillos, es la disciplina que se encarga del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral, y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios, conscientes.

Penalización.- Sanción. En nuestro derecho Penal tiene que ver con las penas. El artículo 4º del Código Penal expresa: “La pena cumplirá las funciones de prevención general, retribución justa, prevención especial, reinserción social y protección del condenado.”

6.3. MARCO LEGAL

Constitución Política de Colombia, 1991. “Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.

Código Penal Colombiano (Ley 599 del 2000).- “Artículo 122. Aborto. La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años”.

A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior.

Declaración Universal de los Derechos Humanos-ONU, 1948.

Corte Constitucional, *Sentencia T- 493 de 1993:*

“Por medio de la cual se protege el derecho al libre desarrollo de la personalidad, que es concebido como el derecho a la intimidad, a la libertad individual, el cual en su concepción unitaria, se manifiesta de manera directa no solo en el artículo 15 de la carta Política sino en los artículos 16 y 42.”

6.4. MARCO ESPACIO- TEMPORAL

El marco espacial del presente trabajo es Quibdó capital del Chocó en la República de Colombia, porque el estudio es monográfico y su desarrollo se realiza a la luz de la Constitución, La ley y la Jurisprudencia de Colombia.

El marco temporal es de 8 años, está comprendido de 2006 a 2013. Porque en año de 2006 se despenaliza el Aborto (Para casos especiales) en Colombia mediante la sentencia C-355 del 10 de Mayo de 2006 y desde entonces el debate en torno a este pronunciamiento jurisprudencial no ha cesado.

7. RESUMEN CAPÍTULO I.

7.1. EL ABORTO

7.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El reconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de las mujeres, el desarrollo del derecho internacional y la incidencia política del movimiento de mujeres, han logrado que las legislaciones respondan a las necesidades e intereses de las mujeres. La Sentencia C-355 y su implementación en el marco del respeto, promoción y garantía de los Derechos Humanos, constituye un avance importante para el ejercicio de los derechos de las mujeres y sienta un precedente para la exigibilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia.

El aborto no es una práctica reciente. Históricamente se han utilizado diferentes maneras para evitar o poner fin a los embarazos no deseados. Las mujeres y los hombres han recurrido a las propiedades de las plantas o a técnicas manuales para controlar su capacidad reproductiva. Sin embargo, en Colombia, el debate sobre el aborto se hace público en los años 60, cuando el movimiento feminista reflexiona desde una perspectiva cultural sobre el cuerpo, la separación entre sexualidad y reproducción por la aparición de la píldora anticonceptiva y las relaciones entre mujeres y hombres. “Son las feministas y los grupos de mujeres quienes históricamente han puesto el tema en la escena pública del país, desde diferentes ámbitos y posiciones: libre opción a la maternidad, interrupción libre de la preñez, derechos sexuales y derechos reproductivos, despenalización o legalización del aborto¹.

La reflexión sobre el aborto ha estado marcada por posturas dogmáticas y dominantes de los sectores conservadores y las iglesias, especialmente, la católica. Posturas influenciadas por los roles tradicionales asignados a las mujeres y por las discriminaciones de género. Por otro lado, la construcción de sociedades pluralistas, democráticas y equitativas para mujeres y hombres ha producido transformaciones en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

En términos generales, a partir de la década de los cincuenta la tendencia de la legislación del mundo ha sido hacia la despenalización del aborto, especialmente teniendo en cuenta los altos índices de morbilidad y mortalidad

¹ Cardona, Clara Elena. Despenalización del aborto en Colombia: un asunto de derechos humanos de las mujeres. www.actualidadcolombiana.org/boletin.shtml?x=839. Consultado Noviembre 5 de 2014.

derivados del aborto clandestino entre los sectores más pobres². Esta situación se evidencia en que solamente el 0.4% de los países tienen legislaciones que prohíben el aborto en cualquier situación³.

En Colombia, desde la década del setenta se presentaron diferentes propuestas legislativas relacionadas con el aborto que surgieron como el resultado de las conferencias internacionales de Naciones Unidas sobre la mujer y el movimiento de mujeres. Vale la pena resaltar las siguientes:

Fecha	Nombre del Proyecto	Ponente
1975	“Por el cual se reglamenta la interrupción terapéutica del embarazo en Colombia”	Iván López
1979	“Por el cual se protegen la salud y la vida de las mujeres que habitan en Colombia”	Consuelo Lleras
1989	“Por el cual se legaliza el aborto en Colombia”	Emilio Urrea
1993	“Por el cual se desarrollan los derechos Constitucionales a la protección y libre opción a la maternidad y la protección al niño menor de un año”	Vera Grabe
	“Por el cual se defienden y protegen los derechos de la mujer y se despenaliza la	

² Profamilia. 2005. Sexualidad y reproducción. ¿Qué derechos tienen las colombianas y colombianos? Bogotá. P. 82.

³ Centro para Derechos Reproductivos, CRR. 2003. Reflexiones sobre el aborto. New York. Citado en: Women's Link Worldwide. Despenalización del aborto, no es legalización del aborto. Tercer Mundo Editores. Bogotá.

1993	interrupción voluntaria del periodo de gestación”	Ana García
2002	“Por la cual se dictan normas sobre salud sexual y reproductiva”	Piedad Córdoba

- También se han interpuesto iniciativas de inconstitucionalidad ante la Corte Constitucional, entre las que se encuentran:

1994, 1997 y 2001	Demandas ante la Corte Constitucional. Dos de Inconstitucionalidad de la ley que penaliza el aborto y una para aumentar las penas.	
Abril 14 de 2005	Primera Demanda (Proceso D5764) que solicita la Constitucionalidad condicionada del artículo 122 del Código Penal.	Mónica Roa
Diciembre 7 de 2005	Fallo inhibitorio de la Corte Constitucional	

Diciembre 12 de 2005	Segunda Demanda (Proceso D6122) que solicita la inconstitucionalidad de los artículos 122, 123 y 124 del Código Penal.	Mónica Roa
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

El 10 de mayo de 2006 la **Corte Constitucional** mediante la **Sentencia C-355** estableció que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

- 1) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.
- 2) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- 3) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

7.2. Concepto

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, el aborto es “la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable” Médicamente, es la terminación espontánea o inducida de la gestación: antes de la semana 22 o la expulsión de un feto con peso menor o igual a 500 gramos, y 25 centímetros de talla, cuando no se conoce su edad gestacional.

Aborto hasta las 22 semanas; feto inmaduro hasta las 28 semanas: prematuro entre 28 y 36 semanas y embarazo a término entre 37 y 40 semanas de gestación contadas a partir de la fecha de la última menstruación. El aborto se clasifica como: *temprano*, si se presenta antes de 12 semanas, y *tardío* entre las 12 y 22 semanas.

7.3. Clases de Aborto

Aborto Inducido. Se definió por el Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO como "la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el conceptus (el producto de la concepción) sea viable de manera independiente" y como dijimos antes, la Organización Mundial de la Salud, OMS, definió la viabilidad en las 22 semanas completas de gestación.

Aborto Terapéutico. Es el que se indica cuando el embarazo pone en peligro la vida de la madre. Su Incidencia es del 12%. En Colombia, jurídicamente está definido: "Cuando constituya grave y actual o inminente peligro para su vida o salud física o mental, que no sea posible evitar de otra manera". (Art 3°)." Para su aceptación "bastará el dictamen médico". Desde el Código Colombiano de 1890, Art. 640, se limita a eximir de pena al que con "rectitud y pureza de intenciones" se crea autorizado para acudir a dichos medios.

Son indicaciones para **Aborto Terapéutico**, los siguientes casos:

Enfermedades renales: Insuficiencia renal por glomerulonefritis crónica, enfermedad renal en riñón único, nefropatía diabética, Enfermedades cardíacas:

Cardiopatía hipertensiva, Insuficiencia Cardíaca o edema agudo de pulmón, fibrilación auricular, hipertensión pulmonar (mortalidad: 50%), Estenosis aórtica (mortalidad: 35%), Estenosis subaórtica idiopática y Cardiomiopatías. En aquellos países en que el aborto terapéutico no se contempla expresamente en el código penal, los abortos con motivación médica se permiten en la práctica y son reconocidos y aceptados por los tribunales de justicia amparándolos en el estado de necesidad y en ellos se incluyen en algunos países, las consideraciones de orden Mental y Social como indicaciones para suspender una gestación.

Aborto Eugenésico. Es el que se realiza por razones que justifican la expectación de un defecto somático o psíquico incurable debido a la herencia mórbida transmisible de uno o ambos padres o a causa de un daño ocasionado durante el embarazo. (Calandra, Del Valle y otros.)

Son *Indicaciones de Aborto Eugenésico*:

La infección por el virus de la Rubéola, responsable de malformaciones cerebrales tales como:

Microcefalia, retardo mental, ceguera y sordera en el 50% de los casos cuando ocurre en el primer mes de embarazo; 22% en el segundo mes y 6%: tercer mes; infecciones por los virus de la Varicela y el Citomegalovirus. Errores innatos del metabolismo: Enfermedad de Tay Sachs, Ictiosis del Arlequín. Hidrocefalia extrema, malformaciones mortales como:

Hidranencefalia, Acrania, Anencefalia, Mielomeningocele, Agenesia renal bilateral, Síndrome de regresión caudal y otras anomalías como:

Trisomías. 21, 13,15, 18, 11; síndrome del llanto del gato. Acciones de riesgo como el alcoholismo crónico severo en la madre, uso de antimetabolitos, tetraciclinas, warfarinas y radiaciones de más de 10.000 rads.

EL aborto Casero o Clandestino. Este procedimiento se realiza a través de plantas medicinales llamadas brebajes; entre las plantas utilizadas tenemos: Descancel, nacedera, borraja, desbaratadora, hierba de sapo.

Aborto Personalizado. El Pitocin Amp, Sintocynon Ampx5m y 10m. Este procedimiento se realiza también en centros hospitalarios como clandestino, su procedimiento se realiza por vía oral, vaginal e intravenosa, las personas implicadas nunca confiesan la verdad por temor a múltiples consecuencias graves en su contra.

8. CAPÍTULO II.

8.1. Opinión de los Médicos

Los médicos coincidimos con el Ministerio de la Protección Social en señalar que el aborto debe ser visto como un problema de salud pública y que su solución radica en aplicar el fomento de la educación y la cultura de la salud sexual y reproductiva, que conduzcan a un ejercicio responsable y bien informado de la sexualidad, y la prevención del embarazo no deseado y en adolescentes, primera causa del aborto e indirectamente una de las primeras causas de mortalidad materna.

Quiero dar una mirada al tema del aborto desde el manejo de los dilemas éticos que con tanta frecuencia se nos presentan a los médicos. Los tres casos que plantea la abogada Roa ante la Corte, ante la ética son esencialmente diferentes: 1. Violación. Allí no hay dilema ético, no existe indicación ni médica ni ética para producir el aborto; bien lo señala el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981) en *el Juramento Médico de la Convención de Ginebra de 1948*: “Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de su concepción y, aun bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir la leyes humanas”. No obstante, a la desesperada madre hay que ofrecerle alternativas, aparte de las medidas sanitarias y el apoyo psicológico requerido después de una violación; hay instituciones especializadas que la orientan para que entregue el hijo no deseado en adopción.

8.1.1. Malformaciones congénitas. Hay dos variantes extremas: una malformación leve, como un labio leporino. Allí no hay dilema, el embarazo debe continuar su curso normal y, luego, el recién nacido deberá recibir cuidados médicos.

Una malformación múltiple, incompatible con la vida del feto, como una agenesia o falta de riñones. ¿Para qué continuar un embarazo que no producirá un ser vivo? ¿Para qué alimentar falsas esperanzas y correr riesgos innecesarios? La lógica indica la interrupción terapéutica del embarazo. Pero, ¿quién debe tomar la decisión? Ciertamente no debería ser un juez. Lo recomendable es una junta médica, integrada por personas idóneas.

8.1.2. El embarazo puede poner en riesgo vital a la madre. Me atrevería a señalar que allí no existe el dilema porque sin madre no hay feto. No se trata de pretender ‘acabar’ con una vida que no tiene pronóstico; se trata de salvar la madre aplicando el principio ético del mal menor. En este caso, éticamente se indica la interrupción terapéutica del embarazo.

Quienes como ginecólogos enfrentamos la angustia y el dolor de las mujeres que acuden al aborto provocado como método para solucionar las consecuencias sociales y económicas y las presiones familiares de un embarazo no deseado, debemos opinar en este debate y contarle al país la base filosófica de nuestras decisiones, que no queremos que vayan ni en contra de la Ley, ni de la religión que profesamos, sino en pro del bienestar de nuestras pacientes y de la salud pública de nuestro país.

- Ginecólogo y obstetra. Vicepresidente de la Asociación Médica Colombiana.
- Publicación: eltiempo.com
- Autor: HERMAN REDONDO GÓMEZ, MD*

Jorge Franco, director médico de la Clínica de los Remedios de Cali, indicó que aunque no comparte la decisión de la Corte, la institución la acatará.

“La clínica es ante todo respetuosa del derecho a la vida y es éste el que debe primar. Sin embargo, estamos atentos a una reglamentación de parte del Gobierno”, dijo el galeno.

Un pronunciamiento similar hizo la Clínica Imbanaco, donde sus directivas aseguran que no procederán a realizar un aborto en las circunstancias permitidas hasta que no exista una reglamentación.

8.2. Aspectos a tener en cuenta...

8.2.1. La autonomía es el reconocimiento del ser humano como un sujeto moral con la capacidad de decidir sobre sí mismo.

El respeto por este principio se debe asegurar en la relación médico-paciente. Se basa en el derecho de autonomía y libertad de la persona y en su reconocimiento como sujeto moral pleno con capacidad de juicio y autodeterminación en la toma de decisiones.

Implica la responsabilidad para los profesionales de la salud de brindar información y garantizar el consentimiento informado.

8.2.2. La ética médica se sustenta en valores y principios intemporales. Así el valor de la vida humana, su respeto por encima de toda consideración; así el principio de beneficencia, el propósito de hacer el bien siempre; así el principio de autonomía, de tanta importancia a partir de la identificación y promulgación de 108 derechos humanos; así el principio de justicia, que tiene que ver con los mejores intereses de la comunidad.

8.2.3. La Objeción de Conciencia: En Colombia, la objeción de conciencia médica en casos de aborto se encuentra reconocida por la Corte Constitucional y claramente delimitada, en esto el alto tribunal ha sido enfático al determinar que el derecho de profesionales de la salud a profesar las creencias de su elección puede protegerse mediante este mecanismo pero que este no puede ser utilizado para obstruir los derechos de las mujeres que optan por un aborto.

8.2.4. Beneficencia: La beneficencia es el deber ético de *hacer el bien* y de maximizarlo.

Este principio basado en la relación entre riesgo, beneficio y costo se debe asegurar tanto en la práctica clínica concreta como en las políticas públicas en materia de salud reproductiva.

Sin embargo, la aplicación de este principio se puede ver limitada por la autonomía de las personas.

Es deber del profesional de la salud maximizar los beneficios y minimizar los riesgos o posibles daños.

8.2.5. No Maleficencia: La no maleficencia es el principio ético médico de *no hacer daño*. Dicho principio no solamente implica abstenerse de manera activa de hacerle daño físico a un ser humano (una paciente), sino daño psíquico como por ejemplo, lesionar la autoestima de una persona, tratarla de manera irrespetuosa o considerarla como objeto o medio para un fin.

El deber del profesional de la salud es tomar decisiones médicas basadas en la relación entre riesgo, beneficio y costo y la idoneidad científica/tecnológica de un procedimiento, en este caso de una IVE.

8.2.6. Justicia y equidad: A nivel colectivo y social corresponde al Estado y los legisladores asegurar la justicia y la equidad de todas las ciudadanas y los ciudadanos. “La bioética está más interesada en la justicia distributiva que en la justicia punitiva o compensatoria.

La justicia distributiva tiene que ver con la equidad y con la garantía de que todas las personas ejerzan y disfruten los derechos de los que son titulares.

La justicia distributiva exige reconocer las diferencias biológicas entre los sexos cuando son éticamente significativas.

Por ejemplo, la vida de las mujeres, a diferencia de la de los hombres, se pone en riesgo con una mala atención del parto o con abortos inseguros.

Las normas legales o de otro tipo que restringen el acceso de las mujeres a la atención en salud reproductiva y al manejo del embarazo, violan el principio ético de la justicia”.

Un Estado Social de Derecho debe asegurar la equidad, la solidaridad, la redistribución de recursos para así eliminar la exclusión social, la pobreza y la discriminación.

8.3. Como se practica el Aborto

En este aparte les explicaremos como se practica el aborto de manera voluntaria y legal, y como se realiza de manera clandestina o ilegal en Colombia.

8.3.1. Métodos legales de interrupción voluntaria del embarazo

Cabe resaltar que para la realización de la IVE, la mujer debe pasar previamente por una valoración interdisciplinaria que corrobore la necesidad de ejercer este derecho.

Métodos para ser utilizados hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Los métodos preferidos son la **aspiración al vacío manual o eléctrica**, o métodos médicos que utilizan el misoprostol o una combinación de Mifepristone seguida de una prostaglandina.

8.3.2. El Mifepristone seguido de una prostaglandina ha demostrado ser seguro y efectivo hasta las 9 semanas completas de embarazo, y se está investigando la seguridad y efectividad del régimen entre las 9 y 12 semanas completas.

El uso de métodos médicos de IVE requiere el soporte de aspiración al vacío en el lugar o la posibilidad de derivación en caso de falla o interrupción incompleta.

8.3.3. El Misoprostol, un análogo de prostaglandina, ha demostrado también ser eficaz si se usa solo antes de la 9ª semana completa de embarazo.

8.3.4. La dilatación y curetaje (DyC) deben ser utilizados cuando ninguno de los métodos mencionados esté disponible y no debe considerarse método de elección.

8.3.5. La aspiración al vacío es la técnica quirúrgica de elección para embarazos hasta 12 semanas completas.

A este respecto, es importante recordar que el **ACUERDO 350 de 2006** incluyó en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado el procedimiento de “Evacuación por aspiración del útero para terminación del embarazo” como alternativa a la técnica de legrado o curetaje que ya está incluida en el POS (Art. 1).

8.3.6. Métodos para ser utilizados después de las 12 semanas completas desde la fecha de la última menstruación.

Todos los niveles del sistema de salud deben tener la posibilidad de realizar referencia a centros que tengan la capacidad de llevar a cabo IVE en etapas más avanzadas de una manera segura.

Varias situaciones hacen surgir la necesidad de servicios de IVE en etapas más avanzadas del embarazo, por ejemplo: la realización del diagnóstico de anomalías fetales después de la semana 12 de embarazo, la presencia de una enfermedad cardiovascular severa o un cáncer. Algunas mujeres, en especial las adolescentes, no pueden acceder a obtener cuidados tempranos de SSR.

El **método médico de IVE de elección** es el Mifepristone seguido de dosis repetidas de una prostaglandina, como misoprostol o gemeprost.

El **método quirúrgico de elección** es la dilatación y evacuación (DyE) usando aspiración y pinzas.

En los casos de gestaciones mayores de 12 semanas, el procedimiento deberá realizarse bajo hospitalización, teniendo en cuenta la mayor morbilidad y riesgos de complicaciones derivadas.

Preparación cervical. Antes de la realización de IVE quirúrgicas del primer trimestre, se puede utilizar la preparación cervical (maduración cervical) pues hace que el procedimiento sea más fácil y rápido y reduce la incidencia de complicaciones inmediatas comunes en IVE realizadas después de la novena semana completa de gestación.

La preparación cervical previa a la IVE quirúrgica es especialmente beneficiosa para algunas mujeres, tales como aquellas con anomalías cervicales o cirugías previas, mujeres jóvenes y aquellas con embarazos avanzados, que tienen mayor riesgo de lesiones cervicales o perforación uterina, que pueden ser causa de hemorragias.

La preparación cervical tiene ciertas desventajas, incluyendo el costo extra y el tiempo requerido. Por ende, se recomienda para embarazos de más de 9 semanas completas en nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos de más de 12 semanas completas.

Medicación para el dolor. Siempre debe ofrecerse medicación para el dolor. Para el manejo del dolor durante la IVE, se utilizan tres tipos de drogas, solas o combinadas: analgésicos, tranquilizantes y anestésicos. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local y/o una sedación leve complementada con apoyo verbal es suficiente.

Manejo del Dolor

Un manejo adecuado del dolor no significa una gran inversión en drogas, equipamiento ni entrenamiento. Descuidar este elemento, aumenta innecesariamente la ansiedad y molestias de la mujer y compromete seriamente la calidad del cuidado.

La asesoría y un tratamiento considerado pueden reducir los temores y la percepción del dolor de la mujer. La persona que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente debe mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. Se recomienda que en lo posible haya acompañamiento especializado para la usuaria durante el procedimiento.

En lugares donde sea posible y si la mujer lo desea, puede ser de ayuda que el esposo o pareja, un miembro de la familia o una amiga permanezca con ella durante el procedimiento.

Esta compañía no reemplaza el alivio médico del dolor.

Anestesia. En aquellos casos en los que se requiera una dilatación cervical para la realización de una IVE quirúrgica para aliviar las molestias de la mujer, debe utilizarse bloqueo paracervical con un anestésico local.

Las **ventajas de utilizar una anestesia local** en vez de general, incluyen un tiempo de recuperación más rápido y el hecho de que la mujer permanece consciente y tiene la capacidad de alertar al profesional sobre problemas que puedan surgir. La utilización de anestesia local para procedimientos de aspiración ha demostrado ser segura y efectiva.

La **anestesia general no se recomienda para IVE** y aumenta los riesgos clínicos. Cuando el caso amerite el uso de anestesia general, o cuando la mujer lo solicite, deberá ser referida al nivel correspondiente según la complejidad del procedimiento, de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La descripción de los procedimientos de manejo médicos, los requisitos, la evaluación y el seguimiento de la IVE quirúrgica y de los métodos médicos de IVE se encuentran en la Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) del Ministerio de la Protección Social.

Se deben manejar clínicamente las **complicaciones de la IVE**. Entre ellas:

- IVE incompleta.
- IVE fallida.
- Hemorragia.
- Infección.
- Perforación uterina.

Sobre las secuelas físicas a largo plazo, es importante la siguiente consideración. La mayoría de las mujeres que tienen una IVE realizada adecuadamente no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva.

La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto.

Seguimiento

Además del seguimiento de los aspectos clínicos de las mujeres con una IVE, se requiere:

8.3.8. Provisión de métodos anticonceptivos.

Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto.

Pueden tenerse en cuenta todos los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos hormonales, siempre que se preste atención al perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos, la mayoría de los cuales pueden iniciarse el mismo día de la IVE. Recordar que el retorno de la fertilidad se dará en las primeras dos semanas, así que para evitar un nuevo embarazo indeseado debe iniciar la anticoncepción hormonal o DIU en forma inmediata. El DIU postaborto puede insertarse una vez termina el procedimiento de IVE⁴.

Debe prestarse especial atención a aquellos casos en los que la mujer solicite esterilización, para asegurar que su elección no está influenciada por la crisis del momento y para evitar un futuro arrepentimiento.

Los centros donde se practique IVE deben tener la posibilidad de proveer la mayoría de los métodos en sus propias instalaciones. Si un centro no puede ofrecer el método elegido por la mujer (por ejemplo, la esterilización), se le debe dar información sobre dónde y cómo acceder a él y ofrecerle un método temporal.

⁴ Gómez, Pío Iván. 2004. "Capítulo 167: Dispositivo Intrauterino". En: *Texto de Obstetricia y Ginecología*. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Primera Edición. Ed. Distribuna. Pp. 854-857.

Se debe informar a todas las mujeres sobre la anticoncepción de emergencia.

Asesoría para ITS. Los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH y la importancia de la utilización de preservativo. Se debe promover la doble protección, es decir, el uso de métodos que protejan tanto de embarazos como de ITS.

Se debe enfatizar la información sobre prevención de infecciones para aquellas personas con vulnerabilidad frente al VIH. Se puede ofrecer asesoría y una prueba voluntaria, o bien referir para asesoría y prueba de VIH en otra institución.

Vacunación post IVE. Las mujeres que no tienen antecedente vacunal, deberán recibir después de la IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/rubéola.

Instrucciones de cuidado posteriores a IVE. Las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones **claras, simples, orales y por escrito** sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de atención, incluyendo cómo reconocer complicaciones que puedan requerir asistencia médica.

Mientras esperan que se complete la IVE inducida por un método médico, las mujeres deben tener la posibilidad de ponerse en contacto con un médico/a o un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarle apoyo.

Después de una IVE quirúrgica, la mujer puede experimentar un sangrado similar al menstrual o durante varias semanas. Con un método médico de aborto, se le debe informar que puede tener un sangrado similar o mayor al de una menstruación abundante. Los síntomas que requieren atención clínica incluyen sangrado excesivo, fiebre que dura más de un día y dolor abdominal. Las náuseas, a veces acompañadas de vómitos, generalmente disminuyen a las 24 horas de la IVE realizada por métodos quirúrgicos. El personal debe advertir a la mujer que puede sufrir cólicos, los cuales pueden, por lo general, aliviarse con analgésicos.

Después de la IVE del primer trimestre, la mayoría de las mujeres pueden retomar sus actividades y responsabilidades habituales dentro de horas o días. La visita de control es una oportunidad para que el/la profesional hable con las mujeres sobre sus experiencias, si es necesario. Por ejemplo, las mujeres que tienen una IVE por razones médicas o como producto de una violación pueden sentir necesidad de hablar sobre la sensación de pérdida o ambivalencia, o desear asesoramiento adicional.

8.4. MÉTODOS CLANDESTINOS E ILEGALES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

¿Cuáles son los métodos habituales en la práctica del aborto ilegal?

Los métodos más utilizados son:

1. El Legrado
2. La Inducción de Contracciones
3. El Envenenamiento Salino
4. La Inyección Intraamniótica
5. Aborto por las prostaglandinas
6. Aborto con Plantas

8.4.1. El Legrado:

El legrado o raspado, también llamado "curetaje", es el método que se usa más frecuentemente. Se comienza por dilatar convenientemente el cuello del útero, lo que sólo se puede hacer bajo anestesia. Luego se introduce en el útero una especie de cucharilla de bordes cortantes llamada legra o "cureta", que trocea bien a la placenta y al hijo al ser paseada de arriba abajo por toda la cavidad del útero. Los trozos así obtenidos se extraen con la misma legra.

Este método suele practicarse sobre todo en los tres o cuatro primeros meses de la vida del hijo. Si el embarazo ha superado las doce semanas, las dificultades aumentan y hay que triturar muy bien el cuerpo del feto para sacarlo al exterior. A veces pueden quedar grandes restos en el interior del útero, por ejemplo la cabeza, y por eso el abortador debe identificar cuidadosamente todos los restos extraídos para asegurarse de que no ha quedado nada dentro de la madre.

Figura 1. Aborto terapéutico.



por curetaje



Figura 2. Aborto provocado



Figura 3. Aborto provocado

8.4.2. La inducción de contracciones:

Consiste en la provocación de la expulsión del feto y la placenta mediante la administración a la madre, por diversas vías, de sustancias (prostaglandinas, oxitocina) que producen contracciones semejantes a las de un parto, las cuales provocan a su vez la dilatación del cuello uterino, y la bolsa en que está el hijo se desprende de las paredes del útero. El niño puede nacer muerto, porque se asfixia en el interior de su madre, o vivo.

También se emplean en ocasiones, y previamente al uso de oxitócicos, unos tallos o dilatadores hidrófilos que, colocados en el cuello uterino, se hinchan progresivamente y lo dilatan.

8.4.3. El Envenenamiento Salino:

Este bebé de 19 semanas murió envenenado y quemado por una solución salina concentrada introducida en el líquido amniótico de la madre.



Figura 4. . Aborto provocado por

8.4.4. La Inyección Intraamniótica

Se inyecta en el líquido amniótico en que vive el hijo, a través del abdomen de la madre, una solución salina hipertónica o una solución de urea. Estas soluciones irritantes hiperosmóticas provocan contracciones parecidas a las del parto, y con un intervalo de uno o dos días tras la inyección, el hijo y la placenta suelen ser expulsados al exterior. En un cierto número de casos hay que efectuar después un legrado para asegurarse de la expulsión de la placenta.

Este método se utiliza en ocasiones para evacuar un feto muerto espontáneamente y retenido en el útero, y sólo puede usarse en un embarazo ya avanzado. Si se trata de provocar un aborto, es decir, si el hijo está vivo dentro de su madre y hay que suprimirlo, también el embarazo tiene que ser de cierto tiempo, de más de cuatro meses. La solución irritante introducida previamente suele envenenar al feto, produciéndole además extensas quemaduras. Alguna vez, en lugar de soluciones cáusticas, se han introducido en el líquido amniótico prostaglandinas; pero los que provocan abortos prefieren las otras soluciones, porque se obtienen fetos muertos con más seguridad, y es desagradable que el hijo nazca vivo y haya que matarlo o dejarlo morir a la vista de todos.

8.4.5. Aborto por las prostaglandinas:

Este potente fármaco se administra para provocar violentas contracciones en el útero con objeto de expulsar al bebé prematuramente y causarle la muerte. Sin embargo, a veces el bebé nace vivo, lo que el abortista considera como una "complicación".



Figura 6 . Abortos por las prostaglandinas

8.4.6. Aborto con Plantas:

Las principales plantas y hierbas abortivas, como se utilizan y que efectos tienen.

-El perejil – Es utilizado en combinación con la Vitamina C u otras hierbas abortivas, tiene el papel de calentar y preparar el cuello uterino para la expulsión del feto. Se utiliza internamente, introduciendo en la vagina un tallo con las hojas. La vagina se empieza a calentar y el aparato reproductor se va relajando.

- Angélica – su variedad china denominada Dong Quai tiene la principal propiedad de amplificar y fortalecer las contracciones uterinas y con la ayuda del perejil va expulsando muy fácilmente su contenido.

-Raíz de algodón – La corteza de esta raíz estimula y coordina las contracciones uterinas que permiten el aborto. También interfiere en la producción de progesterona facilitando la expulsión del feto.

- El Cohosh Negro y Azul – El primero tiene la capacidad de relajar y abrir el cuello uterino preparándolo para el aborto y el segundo es un estimulante uterino que ayuda que el útero se contraiga y elimine su contenido.

-Onagra – Ayuda a facilitar la liberación del feto relajando y dilatando el cuello uterino permitiendo así el paso más fácil del feto y se utiliza externamente en combinación con otras hierbas.

-Poleo – Es una planta con larga historia entre las hierbas abortivas, es muy toxica y su papel abortivo es de contractar muy fuertemente los músculos del útero y así interrumpir un embarazo no deseado.

Entre otras plantas tenemos:

Nacedera: nombre científico Trichanthera gigantea.



Figura 7. Desbaratadora



Figura 8. Nacadera

Descancel

Nombre científico:

Aerva sanguinolenta (L.) Blume



Figura 9. Descancel.

Hierba de sapo



Figura 10. Hierba de sapo

Las anteriores plantas después de una preparación producen la dilatación del cuello uterino provocando el aborto.

8.4.7. Las pastillas para abortar

El Ácido Ascórbico (Vitamina C) es considerada una de las posibilidades menos tóxicas y más efectivas en los abortos caseros principalmente antes de la quinta semana de embarazo.

Un método clínico de aborto temprano a través de unas pastillas que llevan combinados dos principios activos denominados Mifepristone y Misopristol. Existen varias denominaciones de pastillas con estos principios activos entre cuales las más conocidas son:

- **Cytotec y**
- **RU-486**

Su principal acción es impedir que la progesterona desarrolle sus normales funciones fisiológicas como por ejemplo el crecimiento de los vasos sanguíneos en la pared uterino, la relajación del mismo o aumentar la firmeza del cuello uterino.

8.5. El código Penal Colombiano

La Corte Constitucional ha reiterado que el legislador tiene “libertad de configuración” para establecer cuáles conductas deben ser delitos y qué penas le corresponden. A pesar de ello, el legislador tiene límites basados en los principios y valores constitucionales y en los derechos fundamentales.

Con respecto a la penalización total del aborto “corresponde al legislador la decisión de adoptar disposiciones penales para la protección de bienes de rango constitucional como la vida; sin embargo, los derechos y los principios constitucionales se rigen en límites a esa potestad de configuración, correspondiéndole a la Corte Constitucional,... examinar si tales medidas legislativas presentan o no el carácter de restricciones constitucionalmente válidas”.

La potestad de configuración hace referencia a que “el legislador puede introducir distinciones en cuanto a la tipificación de las conductas que atenten contra la vida como bien constitucionalmente protegido, así como la modalidad de la sanción”. Delitos que tienen que ver con la protección a la vida como el genocidio, el homicidio, el aborto, el abandono de menores y personas desvalidas, la manipulación genética, o la omisión de socorro sin justa causa, tienen un tratamiento punitivo distinto “atendiendo a las diferentes especificaciones, modalidades y etapas que se producen a lo largo del curso vital, siendo para estos efectos el nacimiento un hecho relevante para

determinar la intensidad de la protección mediante la graduación de la duración de la pena”.

Artículos del Código Penal que hablan sobre el Aborto.

Artículo 144.- El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.

Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño.

Artículo 145.- 1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses.

Artículo 146.- El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con pena de arresto de doce a veinticuatro fines de semana.

Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

Artículo 417 - 1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1ª. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2ª. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las

doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

8.6. Teorías sobre el Aborto.

8.6.1. El Aborto: Una forma de Injusticia Social.

“La opción de mantener vigentes disposiciones que penalizan la práctica del aborto consentido en nuestros países Latinoamericanos es doblemente discriminatoria por cuanto lesiona la autonomía, los derechos humanos y la libertad fundamental de todas las mujeres o porque afecta de manera diferente a las mujeres según sus recursos (económicos, educativos, de vivienda rural o urbana, etc.) discriminando a aquellas que por falta de medios o condiciones suficientes se ven obligadas a recurrir a un aborto inseguro, con lo cual se viola el principio de justicia e igualdad”⁵.

La penalización del aborto, lleva a las mujeres a buscar soluciones, que desde la normatividad, son ilegales. Sin embargo, la ilegalidad tiene repercusiones distintas para las mujeres según su nivel socioeconómico, el hecho de vivir en zonas urbanas o rurales, la edad y la etnia. Las mujeres con mayores niveles educativos y posibilidades económicas acceden a abortos seguros en clínicas o instituciones especializadas.

Mientras que las mujeres pobres, las mujeres rurales, las jóvenes o las que pertenecen a etnias discriminadas social y económicamente, acuden a prácticas abortivas que ponen en peligro su vida, realizadas por “proveedores no capacitados o recurren a métodos tradicionales que ellas mismas pueden usar para inducirse el aborto”⁶. Por consiguiente, el carácter clandestino del aborto intensifica las desigualdades y profundiza las formas de discriminación social. Esto nos lleva a reconocer que la penalización del aborto, es una forma de injusticia e inequidad social.

Las condiciones de pobreza y falta de oportunidades de las mujeres las ubican en mayores condiciones de vulnerabilidad frente al ejercicio de sus derechos.

“Podría decirse que el carácter clandestino del aborto hace que esta desigualdad sea claramente una desigualdad de clase, una desigualdad social: ante una disponibilidad técnica y social aceptable en el país, la ilegalidad y la clandestinidad derivada, crean una situación profundamente discriminatoria socialmente.

Son las mujeres pobres y con muchos hijos, y las más pobres, las que soportan el peso de la morbilidad por el aborto...Además, mientras las

⁵ Op. Cit. Pimentel. P. 165.

⁶ Alan Guttmacher Institute. 1996. *Panorama general del aborto clandestino en América Latina*. Temas en Breve. p. 3.

condiciones de vida, la ignorancia, los temores, la miseria y la presión de otros, sean los generadores de su decisión, el problema de la inequidad no estará aun resuelto”⁷.

8.6.2. El Aborto: Un asunto de Derechos Humanos.

“Repensar la sexualidad y la reproducción desde perspectivas que amplíen y profundicen las nociones de igualdad y libertad de todos los sujetos, aporta sustancialmente a la tarea de democratizar nuestras sociedades y al modo en que tenemos que volver a pensar su organización”⁸.

En los últimos 30 años, el desarrollo del marco internacional de los Derechos Humanos ha enfatizado no sólo en el reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres y en la equidad de género como propuesta para construir sociedades con mayor justicia social, sino en aquellas problemáticas referidas a las condiciones y necesidades de grupos específicos que por los contextos sociales, políticos y económicos han sido excluidos del ejercicio de los derechos. Las problemáticas de las de género tienen una mayor incidencia en su calidad de vida y posibilidades de bienestar y desarrollo.

El marco normativo internacional y nacional, ha reconocido que los Derechos Sexuales y Reproductivos son Derechos Humanos. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994) establece que “Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a **decidir libre y responsablemente el número de hijos**, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a **alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva**. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos... La promoción del **ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva**, incluida la planificación de la familia” (Cap. VII, A. 7.2).

Los principales tratados o convenciones⁹, que hacen parte de Naciones Unidas o del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y sus mecanismos de veeduría y seguimiento sirven como referencia para el reconocimiento, protección y garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Entre los cuales se encuentran¹⁰:

⁷ Op. Cit. Zamudio, et al. P. 96

⁸ Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM. 2002. *Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos. Derechos Humanos. III Seminario Regional*. Lima.

⁹ Estos tratados son vinculantes, es decir, de obligatorio cumplimiento para los Estados que los firman.

Op. Cit. Profamilia. Pp. 11-20.

¹⁰ Las conferencias aunque no son de carácter obligatorio, sí representan compromisos para los Estados.

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (vigente en Colombia desde 1976).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (vigente en Colombia desde 1976).
- Convención Americana de Derechos Humanos (vigente en Colombia desde 1978).
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW (vigente en Colombia desde 1981).
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Recomendaciones de la CEDAW.
- Comité para el seguimiento de la CEDAW.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (aprobada en Colombia en 1995). Convención sobre los Derechos del Niño (vigente en Colombia desde 1991).

Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativos a su venta, prostitución y utilización en pornografía (Vigente en Colombia desde 2003).

Las conferencias internacionales realizadas por Naciones Unidas durante la década de los noventa como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995) han sido relevantes para la comprensión y el desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Esta reiteración evidencia una preocupación mundial frente a la incompreensión de estos derechos en la práctica cotidiana por parte de muchos países en el mundo.

En el contexto nacional, la Constitución Política de 1991 reconoce los derechos de las mujeres en diferentes ámbitos y establece la responsabilidad del Estado colombiano en su promoción y garantía. En materia de políticas públicas, el Ministerio de la Protección Social ha diseñado e implementado la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con el objetivo de “mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los

comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”.

En Quibdó capital del departamento del Chocó es difícil por no decir nulo conseguir en una entidad pública o privada información sobre el aborto ya que este se considera tema de contenido muy delicado en el que ninguna persona se quiere involucrar. Teniendo en cuenta el campo jurídico, salud y educación etc.

El instituto de medicina legal y ciencias forenses manifiesta que autoridades competentes no reportan dichos casos; solo se puede obtener un mínimo de información de manera clandestina pero todo se debe a circunstancias culturales (temor judicial).

SUCESOS REALES

Caso Mario Díaz 1992, el ginecólogo y director del hospital San Francisco de Asís ordena sacar esposada del centro asistencial a una enfermera y conducida hasta la justicia competente y encarcelada por practicarle un aborto a una mujer de esta ciudad que al final murió por un mal procedimiento por parte de la enfermera.

1995 centro médico el Atrato Cra. 4, mujer que fallece en este centro médico cuando el Dr. Salamandra practicaba un aborto.

9. RESUMEN CAPÍTULO III

9.1. Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional

En este capítulo se presentan los argumentos más relevantes de la Sentencia C-355/06 del 10 de mayo de 2006 que despenalizó el aborto en tres casos excepcionales.

Consideraciones y Fundamentos de la Corte Constitucional¹¹:

9.1.2. La vida como un bien constitucionalmente relevante que debe ser protegido por el Estado colombiano, y su diferencia con el derecho a la vida:

La Sentencia hace una distinción entre la vida como un bien constitucionalmente protegido y el derecho a la vida como un derecho subjetivo de carácter fundamental.

Para la Constitución Política de 1991, la vida tiene el carácter de un valor y de derecho fundamental. Por lo tanto, está a favor de una protección general de la vida. Esto implica que el Estado tiene la obligación de proteger la vida en dos sentidos. Uno positivo, posibilitando las condiciones para el desarrollo de la vida humana, incluida “la adopción de disposiciones legislativas con el propósito de salvaguardar la vida de los asociados”. Otro de carácter negativo, que impone un límite al legislador, “al cual le está vedado adoptar medidas que vulneren este fundamento axiológico del Estado colombiano”. Dicho en otras palabras, el Estado no puede vulnerar el derecho a la vida.

La Corte afirma que la vida como valor o derecho no tiene un carácter absoluto y *“debe ser ponderada con los otros valores, principios y derechos constitucionales”*.

En la Constitución se plantea que **el derecho a la vida se limita a la persona humana** a diferencia de la **protección de la vida que se garantiza incluso para quienes no han nacido**.

La protección del *nasciturus* no tiene el mismo grado e intensidad que la protección que se debe dar a la persona humana, es decir a la mujer. Situación a tener en cuenta en materia de despenalización del aborto.

¹¹ Este aparte es una síntesis de los principales argumentos de la Sentencia C-355/06 de la Corte Constitucional.

9.1.3. La vida y los tratados internacionales de derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad¹²:

La Corte hace un análisis del reconocimiento que sobre la vida establecen los instrumentos internacionales que constituyen el bloque de constitucionalidad.

Ni la Convención sobre los Derechos del Niño, ni la Constitución Política (art. 44) establecen claramente que el nasciturus sea una persona jurídicamente reconocida y como tal titular de derechos.

En la Convención Americana de Derechos Humanos, se establece que: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción”. A este respecto, la Corte establece que no se puede entender que: “el derecho a la vida del nasciturus o el deber de adoptar medidas legislativas por parte del Estado, sea de naturaleza absoluta”. Debido a que ningún derecho tiene un carácter absoluto, es necesario: “realizar una labor de ponderación cuando surjan colisiones entre ellos”.

La Corte reiteró que es necesario interpretar armónica y sistemáticamente los tratados internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad, es decir, que un derecho reconocido en una convención no anula otros derechos consignados en la misma convención o en otros instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos

Es importante resaltar la conclusión de la Corte “de las distintas disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad no se desprende un deber de protección absoluto e incondicional de la vida en gestación; por el contrario, tanto de su interpretación literal como sistemática surge la necesidad de ponderar la vida en gestación con otros derechos, principios y valores reconocidos en la Carta de 1991 y en otros instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos, ponderación que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha privilegiado”.

Por lo tanto, hacer una ponderación de valores y derechos implica: “identificar y sopesar los derechos en conflicto con el deber de protección de la vida, así como apreciar la importancia constitucional del titular de tales derechos, en estos casos, la mujer embarazada”.

¹² El bloque de constitucionalidad se ha definido como “la norma de normas”.

9.1.4. Los derechos fundamentales de las mujeres en la Constitución Política Colombiana y en el derecho internacional:

Se parte del reconocimiento de los derechos de las mujeres tanto en la Constitución Política Colombiana de 1991 como en diferentes instrumentos del derecho internacional.

La Constitución de 1991 reconoció derechos de las mujeres como la igualdad, la libertad, la prohibición de la discriminación por razones de sexo, la participación de la mujer en los niveles decisorios, la igualdad de derechos y deberes de la pareja, la sanción de la violencia en la familia y la protección especial de la mujer durante el embarazo y después del parto y de la mujer cabeza de familia, entre otros.

Así mismo, el Estado asumió el compromiso de tomar medidas afirmativas para que la igualdad entre mujeres y hombres sea real y efectiva.

En relación con los derechos sexuales y reproductivos, la Corte plantea “... *Respecto de las mujeres es evidente que hay situaciones que la afectan sobre todo y de manera diferente, como son aquellas concernientes a su vida, y en particular aquellas que conciernen a los derechos sobre su cuerpo, su sexualidad y reproducción*”.

La Sentencia hace un recuento detallado sobre los derechos de las mujeres en las conferencias mundiales de Naciones Unidas entre las décadas de los sesenta y noventa.

La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena (1993) declaró que “*los derechos humanos de la mujer y la niña, son parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales*”.

La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) reconoció que los derechos reproductivos son derechos humanos. El Programa de Acción de El Cairo estableció que los derechos reproductivos implican que todas las personas tienen el derecho a “*decidir libremente el número y el espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo*”.

La salud reproductiva “*entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia*”. Hombres, mujeres y adolescentes tienen los derechos de obtener información sobre métodos anticonceptivos, acceder a métodos seguros, eficaces, accequibles y aceptables, elegir el método de acuerdo a sus particularidades y recibir servicios de SSR de calidad.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Plataforma de Beijing, 1995), adoptó medidas para la acción nacional e internacional encaminadas al incremento del empoderamiento social, económico y político de las mujeres,

el mejoramiento de su salud y el acceso a educación pertinente y la promoción de los derechos reproductivos.

El reconocimiento y protección de los derechos reproductivos de las mujeres tienen relación con otros derechos como la vida, la salud, la igualdad y no discriminación, la libertad, la integridad personal, el estar libre de violencia, el derecho al trabajo y a la educación.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer -CEDAW-, (1979) censura la discriminación contra las mujeres en áreas como: empleo, salud, educación, crédito, familia, justicia. Hace un llamado a los Gobiernos para que adopten políticas y medidas legislativas tendientes a la eliminación de todas las formas de discriminación.

Dentro del sistema interamericano de derechos humanos es relevante la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” (1994).

Sobre los documentos de derecho internacional firmados por Colombia, la Corte establece que *“son fundamentales para la protección y garantía de los derechos de las mujeres por cuanto son marco de referencia al establecer conceptos que contribuyen a interpretarlos tanto en la esfera internacional como en la nacional”*.

Respecto al derecho a la salud de las mujeres, la Sentencia presenta una síntesis de los principales aportes de los instrumentos internacionales y sus mecanismos de seguimiento y veeduría. Cabe resaltar los siguientes:

La CEDAW ha establecido “que es deber de todos los Estados ofrecer una amplia gama de servicios de salud de calidad y económicos, que incluyan servicios de SSR, y se ha recomendado, que se incluya la perspectiva de género en el diseño de políticas y programas de salud”. Ha reiterado que: “las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan especialmente a la mujer, constituyen una barrera para acceder al cuidado médico que las mujeres necesitan, comprometiendo sus derechos a la igualdad de género en el área de la salud y violando con ello la obligación internacional de los Estados de respetar los derechos reconocidos internacionalmente”.

La comunidad internacional ha “expresado su preocupación por la situación de la salud de las mujeres pobres, rurales, indígenas y adolescentes, y sobre los obstáculos al acceso a métodos anticonceptivos”.

Ha instado a los Estados para que eliminen “todas las barreras que impidan que las mujeres accedan a servicios, a educación e información en SSR”. Ha reconocido que la violencia contra la mujer es una violación de sus Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, debido a que “repercuten en su salud y

autonomía sexual y reproductiva. La violencia sexual viola los derechos reproductivos de las mujeres, en particular sus derechos a la integridad corporal y al control de su sexualidad y de su capacidad reproductiva, y pone en riesgo su derecho a la salud, no solo física sino psicológica, reproductiva y sexual”.

El Estatuto de Roma determinó “que la violencia y otros delitos reproductivos y sexuales están a la par con los crímenes internacionales más atroces, constitutivos en muchos casos de tortura y genocidio.

Y, reconoce por primera vez, que las violaciones a la autodeterminación reproductiva de las mujeres, tanto el embarazo forzado como la esterilización forzada, se cuentan entre los crímenes más graves de acuerdo con el derecho internacional humanitario”.

Los DSR se basan en el principio de la dignidad humana y en los derechos a la autonomía, intimidad y a la autodeterminación reproductiva, es decir, “a elegir libremente el número de hijos que quiere tener y el intervalo entre ellos”. Existe una vulneración a la auto determinación reproductiva de las mujeres “cuando se obstaculizan los medios a través de los cuales una mujer puede ejercer el derecho a controlar su fecundidad”. Legislaciones restrictivas sobre el aborto vulneran el derecho a la vida de las mujeres.

El derecho a la intimidad de las mujeres “se viola cuando el Estado o los particulares interfieren el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva. El derecho a la intimidad cubre el derecho a que el médico respete la confidencialidad de su paciente, y por lo tanto, no se respetaría tal derecho, cuando se le obliga legalmente a denunciar a la mujer que se ha practicado un aborto”.

La relación de la educación con los derechos reproductivos implica: “el acceso de las mujeres a la educación básica, a fin de que ella logre el empoderamiento en su familia y en su comunidad, y contribuya a que tome conciencia de sus derechos. Además, el derecho a la educación incorpora el derecho de las mujeres a recibir educación sobre salud reproductiva, así como a que se les permita ejercer el derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento de ellos de manera libre y responsable”.

Sobre los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de las mujeres en la Constitución Política Colombiana y en el derecho internacional, la Corte concluye que:

- 1) “los DSR de las mujeres han sido reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos”.
- 2) “Los DSR parten de reconocer que la igualdad, la equidad de género y la emancipación de la mujer y la niña son esenciales para la sociedad y por lo tanto, constituyen una de las estrategias directas para promover la dignidad

de todos los seres humanos y el progreso de la humanidad en condiciones de justicia social”.

3) “de las normas constitucionales e internacionales no se deduce un mandato de despenalización del aborto ni una prohibición a los legisladores nacionales para adoptar normas penales en este ámbito”.

4) “el Congreso dispone de un amplio margen de configuración de la política pública en relación con el aborto. Sin embargo, dicho margen no es ilimitado”.

5) “al legislador penal, en primer lugar, le está prohibido invadir de manera desproporcionada derechos constitucionales y, en segundo lugar, le está ordenado no desproteger bienes constitucionales”.

9.1.5. Los límites a la potestad de configuración del legislador en materia penal:

La Corte Constitucional ha reiterado que el legislador tiene *“libertad de configuración”* para establecer cuáles conductas deben ser delitos y qué penas le corresponden. A pesar de ello, el legislador tiene límites basados en los principios y valores constitucionales y en los derechos fundamentales.

Con respecto a la penalización total del aborto *“corresponde al legislador la decisión de adoptar disposiciones penales para la protección de bienes de rango constitucional como la vida; sin embargo, los derechos y los principios constitucionales se rigen en límites a esa potestad de configuración, correspondiéndole a la Corte Constitucional,... examinar si tales medidas legislativas presentan o no el carácter de restricciones constitucionalmente válidas”.*

La potestad de configuración hace referencia a que “el legislador puede introducir distinciones en cuanto a la tipificación de las conductas que atenten contra la vida como bien constitucionalmente protegido, así como la modalidad de la sanción”. Delitos que tienen que ver con la protección a la vida como el genocidio, el homicidio, el aborto, el abandono de menores y personas desvalidas, la manipulación genética, o la omisión de socorro sin justa causa, tienen un tratamiento punitivo distinto “atendiendo a las diferentes especificaciones, modalidades y etapas que se producen a lo largo del curso vital, siendo para estos efectos el nacimiento un hecho relevante para determinar la intensidad de la protección mediante la graduación de la duración de la pena”.

El principio y el derecho fundamental a la dignidad humana como límites a la libertad de configuración del legislador en materia penal.

La dignidad humana ha sido definida por la Corte en tres sentidos: “(i) es un principio fundante del ordenamiento jurídico y en este sentido tiene una dimensión axiológica como valor constitucional, (ii) es un principio

constitucional y (iii) tiene el carácter derecho fundamental autónomo”. Así mismo, la Corte ha entendido que la dignidad humana protege: “(i) la autonomía o posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como se quiere), (ii) ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien), (iii) la intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)”.

En relación con la mujer “el ámbito de protección de su dignidad humana incluye las decisiones relacionadas con su plan de vida, entre las que se incluye la autonomía reproductiva, al igual que la garantía de su intangibilidad moral, que tendría manifestaciones concretas en la prohibición de asignarle roles de género estigmatizantes, o infringirle sufrimientos morales deliberados”.

La dignidad humana “constituye un límite a la libertad de configuración del legislador en materia penal”. **Por lo tanto**, “...el legislador al adoptar normas de carácter penal, no puede desconocer que la mujer es un ser humano plenamente digno y por tanto debe tratarla como tal, en lugar de considerarla y convertirla en un simple instrumento de reproducción de la especie humana, o de imponerle en ciertos casos, contra su voluntad, servir de herramienta efectivamente útil para procrear”.

El derecho al libre desarrollo de la personalidad como límite a la libertad de configuración del Legislador en materia penal.

El derecho al libre desarrollo de la personalidad se basa en la dignidad humana, la libertad y la autonomía individual.

El Estado no puede intervenir en la definición de asuntos que sólo le conciernen a la persona ya que supondría “arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a la condición de objeto, cosificarla, convertirla en un medio para los fines que por fuera de ella se eligen”.

El libre desarrollo de la personalidad protege conductas como la libertad para escoger el estado civil y la consideración de la maternidad como una “opción de vida”. Por consiguiente “no es constitucionalmente permitido que el Estado, la familia, el patrono o instituciones de educación, establezcan normas que desestimen o coarten la libre decisión de una mujer de ser madre, así como tampoco lo es cualquier norma, general o particular, que impida el cabal ejercicio de la maternidad”.

La autonomía en el campo de la salud implica que toda persona puede tomar decisiones relacionadas con su salud y aceptar o rechazar tratamientos médicos.

Personas con perturbaciones mentales (salvo casos extremos) pueden dar o no su consentimiento frente a algún procedimiento médico que incluso sea contrario a su salud.

La Corte ha señalado en varias ocasiones que “el derecho al libre desarrollo de la personalidad es un claro límite a la potestad de configuración del legislador no solamente en materia penal sino en general en el ejercicio de su potestad sancionatoria”.

En materia de aborto, la Corte concluye “es necesario aplicar un juicio de proporcionalidad para decidir en qué hipótesis el legislador penal, con el propósito de proteger la vida del nasciturus, termina afectando de manera desproporcionada los derechos de la mujer y transgrediendo los límites dentro de los cuales puede ejercer el margen de configuración”.

9.1.6. La cuestión del aborto en el derecho comparado:

Según un amplio estudio del Centro de Derechos Reproductivos del año de 2005, “la gran mayoría de las leyes que regulan el aborto en el mundo lo permite explícitamente en ciertas circunstancias. Aprobadas por 68 países la mayoría de ellos europeos, además de Estados Unidos, Canadá y Australia- las normas en cuestión permiten a la mujer interrumpir un embarazo por cualquier razón o, en algunos casos, por amplios motivos terapéuticos, sociales y económicos. 69 naciones aprueban el aborto cuando el embarazo representa una amenaza a la vida o a la salud física de la mujer y 20 lo permiten cuando lo que está en riesgo es la salud mental. De los 157 países que lo consienten de manera amplia o restringida, 87 lo aprueban cuando el embarazo es resultado de violación. Lo que demuestra este recuento es que 157 países del mundo privilegian los derechos de la mujer embarazada sobre el interés del Estado en proteger la vida potencial”¹³.

9.1.7. Examen del caso concreto:

-La inexequibilidad de la prohibición total del aborto

La Corte no despenalizó totalmente el aborto en nuestro país porque: “la interrupción del embarazo no es abordada por nuestro ordenamiento constitucional como un asunto exclusivamente privado de la mujer embarazada y por lo tanto reservada al ámbito del ejercicio de su derecho al libre desarrollo de la personalidad” y “...las decisiones que adopte la mujer embarazada sobre la interrupción de la vida en gestación trascienden de la esfera de su autonomía privada e interesan al Estado y al legislador”.

Sin embargo, la Corte estableció que las medidas que establece el legislador para proteger bienes constitucionalmente relevantes tienen límites.

¹³ Centro de Derechos Reproductivos. 2005a. *Abortion and the Law: 10 Years of Reform*. Nueva York.

“En el caso del aborto se trata sin duda de una decisión en extremo compleja porque este tipo penal enfrenta diversos derechos, principios y valores constitucionales, todos los cuales tienen relevancia constitucional, por lo que definir cuál debe prevalecer y en qué medida, supone una decisión de hondas repercusiones sociales, que pueden variar a medida que la sociedad avanza y que las políticas públicas cambian, por lo que el legislador puede modificar sus decisiones al respecto y es el organismo constitucional llamado a configurar la respuesta del Estado ante la tensión de derechos, principios y valores constitucionales”.

En relación con la ponderación entre los derechos, principios y valores constitucionales de la mujer (dignidad humana, libre desarrollo de la personalidad, derecho a la vida, salud e integridad) y la vida en gestación, la Sentencia establece: “...si bien no resulta desproporcionada la protección del nasciturus..., la penalización del aborto en todas las circunstancias implica la completa preeminencia de uno de los bienes jurídicos en juego, la vida del nasciturus, y el consiguiente sacrificio absoluto de todos los derechos fundamentales de la mujer embarazada, lo que sin duda resulta a todas luces inconstitucional”.

Así mismo, afirmó que ningún valor, principio o derecho tiene carácter absoluto ni preeminencia incondicional frente a otros.

Se concluyó entonces que: “...una regulación penal que sancione el aborto en todos los supuestos, significa la anulación de los derechos fundamentales de la mujer, y en esa medida supone desconocer completamente su dignidad y reducirla a un mero receptáculo de la vida en gestación, carente de derechos o de intereses constitucionalmente relevantes que ameriten protección”.

Se describen a continuación los argumentos jurídicos para la despenalización en las tres circunstancias descritas.

9.2. El Derecho a La Vida

Todas las personas tienen el derecho a que se respete su vida. El derecho a la vida es inviolable (C.P., Art. 11). El derecho a la vida de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo es vulnerado cuando tienen que recurrir a abortos clandestinos e inseguros.

Es el derecho fundamental que tiene todo ser humano a que se respete su existencia, que solo debería poder perderse por causas naturales o accidentales.

Es el más importante de los derechos y precede a todos, ya que sin vida no puede gozarse de ninguna otra facultad. Es un derecho natural que el derecho positivo debería reconocer siempre, pero no ocurre así en la práctica.

Con el debate sobre la despenalización parcial del Aborto en Colombia nos encontramos con el enorme dilema cual es, si debe respetarse más la vida de la madre o debe prevalecer la vida del que está por nacer. En nuestro país, nuestra Carta Magna hace diamantina claridad cuando reza lo siguiente:

9.3. La Constitución Política de Colombia, garantiza el derecho a la vida de la siguiente forma:

“Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.”
La anterior disposición constitucional, es tomada, básicamente, de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), que dice:

“Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

Obsérvese que el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), incluye otros derechos que están en diferentes normas de la Constitución Política de Colombia: La libertad y la seguridad de las personas.

En contraposición al derecho a la vida, encontramos dos actos, que resultan polémicos, desde el punto de vista, político, social y religioso: La pena de muerte y el aborto. Algunas sociedades modernas aún conservan la pena de muerte como un mecanismo de sanción para quienes cometen delitos; otras sociedades, penalizan el aborto; otra lo autorizan libremente, como una manifestación de los derechos de las mujeres; otras, como el caso de Colombia, lo autorizan en 3 situaciones médicas (es el llamado “aborto terapéutico”).

“La vida es el derecho más importante para los seres humanos. La vida tiene varios factores; la vida humana en sus formas corporales y psíquicas, la vida social de las personas por medio de la cual estos realizan obras en común y la vida de la naturaleza que relaciona a los seres humanos con las demás especies vivientes.

Entre los derechos del hombre, sin duda el más importante es el derecho a la vida, pues es la razón de ser de los demás, ya que no tendría sentido garantizar la propiedad, la religión o la cultura, si el sujeto al que se los concede está muerto. Integra la categoría de derechos civiles, y de primera generación, y está reconocido en numerosos tratados internacionales: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto de San José de Costa Rica, la Convención para la Sanción del Delito de Genocidio, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, y la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas y Degradantes.

10. RESUMEN CAPÍTULO IV

10.1. El Aborto y la Profesión Médica.

Las profesiones de la salud se enfrentan a los siguientes dilemas o conflictos éticos que surgen de una interrupción voluntaria del embarazo:

El conflicto materno-fetal:

Dilemas éticos

1. Valor de la Vida: Derecho a la Vida/Salud de la Mujer Gestante Vs. Vida Embrión o Feto (Bien Jurídico Protegido).
2. Autonomía/Beneficencia/No Maleficencia de la Mujer Gestante Vs. Beneficencia/No Maleficencia del Feto (Autonomía Vital).
3. Justicia Sanitaria/Equidad (Distribución de Recursos).
4. Valor de la Vida/Autonomía/Beneficencia/No Maleficencia de la Madre y el Feto Vs. Profesionales de Salud como sujetos morales, que tienen el derecho a la Objeción de Conciencia individual.

Primera causal “Cuando la continuación del embarazo constituya grave riesgo para la vida o la salud de la madre, certificada por un médico”.

El conflicto materno-fetal y los valores en conflicto en esta causal cuando el embarazo es deseado:

1. Vida/Salud de la madre Vs. Vida fetal (IVE Vs. viabilidad fetal).
2. Autonomía de la madre Vs. Beneficencia/No-maleficencia-feto.
3. Beneficencia/No-maleficencia de la madre Vs. Beneficencia/No maleficencia del feto.

Segunda causal “Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico”.

El conflicto materno-fetal y los valores en conflicto en esta causal cuando el embarazo es deseado:

1. Dignidad/Tratos crueles, inhumanos o degradantes/ Autonomía de la madre Vs. la Vida del feto.
2. Vida Fetal Vs. Calidad de vida fetal.
3. Justicia Sanitaria: Costos.

Tercera causal “Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada ante autoridad competente, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto”.

Los valores en conflicto cuando un embarazo es no deseado, son los siguientes:

1. Salud/Integridad Psico-física de la mujer Vs. Vida fetal.
2. Dignidad/Libre Desarrollo/Autonomía de la mujer Vs. Vida fetal.
3. Beneficencia de la mujer Vs. Beneficencia/No-maleficencia del feto.

10.2. Derechos Sexuales Reproductivos.

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son de conceptualización reciente y son los mismos derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción.

Se ha dicho que los derechos sexuales y derechos reproductivos son los más humanos de todos los derechos y representan el pilar fundamental para el ejercicio de la ciudadanía, entendida más allá de la simple posibilidad de tomar decisiones en el ámbito público (elegir y ser elegido); ya que implica la posibilidad de mujeres y hombres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida en los campos de la sexualidad y la reproducción. ¿Si a los hombres y mujeres como ciudadanos y ciudadanas les es permitido decidir el destino de sus países, cómo se les puede privar de tomar decisiones acerca del destino de sus cuerpos?

10.3. ¿Cuál es el alcance de los derechos sexuales?

Puede decirse que son aquellos que permiten regular y tener control autónomo y responsable sobre todas las cuestiones relativas a la sexualidad, sin ningún tipo de coacción, violencia, discriminación, enfermedad o dolencia.

Para las mujeres los derechos sexuales tienen un especial significado, pues involucran el derecho a ser tratadas como personas integrales y no como seres exclusivamente reproductivos y a ejercer la sexualidad de manera placentera sin que ésta conlleve necesariamente un embarazo.

Estos derechos se apoyan básicamente en:

- La capacidad de hombres y mujeres de disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias.
- La ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso.

- El acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad, incluidas las de transmisión sexual y el VIH/Sida.
- La posibilidad de separar el ejercicio de la sexualidad, de la reproducción.

Los derechos sexuales implican, entre otros:

- El derecho a reconocerse como seres sexuados.
- El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
- El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.

El derecho a vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.

El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.

El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.

El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activa/o no.

El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.

El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o.

- El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
- El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad.
- El derecho a tener información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y

masculino y cuáles son las infecciones y enfermedades que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

10.4. ¿Qué alcance tienen los derechos reproductivos?

Permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear o no, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata.

Estos derechos se apoyan en dos principios fundamentales:

- Autodeterminación reproductiva, entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, y en ese sentido planear su propia familia.

- Atención de la salud reproductiva, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos de infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia) y programas de atención de cáncer uterino, de mamas y próstata.

Los derechos reproductivos implican específicamente:

- El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.
- El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
- El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
- El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).
- El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo y dentro de la familia.

- El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
- El derecho a contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.

El único tratado internacional que reconoce el derecho de las mujeres a abortar es el artículo 14 del Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres. En concreto, lo permite en caso de violación, incesto, peligro para la vida de la madre o del feto y peligro para la salud física y psíquica de la madre.

Tomado de la Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos para población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y delitos sexuales elaborada por Profamilia dentro del Convenio Defensoría del Pueblo – OIM (2006).

10.6. El Aborto como un Problema de Salud Pública.

“El Aborto Inducido es un Problema de Salud Pública, un Problema Social y un Problema Económico para el Sistema de Salud”.

10.6.1. El Aborto como un problema de salud pública.

El aborto inseguro es un problema de salud pública debido a la magnitud de su ocurrencia y a las consecuencias en la vida y la salud de las mujeres. Los abortos clandestinos y realizados en condiciones poco higiénicas y por personal no idóneo, tienen repercusiones en términos de mortalidad materna, morbilidad, salud mental y costos para el sistema de salud. Sin embargo, establecer cifras reales sobre el aborto en contextos donde es penalizado total o parcialmente, no es una tarea sencilla, debido al subregistro que se presenta por la ilegalidad del hecho. A pesar de ello, contamos con algunos datos:

- Más de 300.000 abortos se realizan anualmente en la clandestinidad dentro del territorio colombiano.

El Ministerio de Protección Social vigila la mortalidad materna dentro del Sistema Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), como una de las causas de muertes evitables y según su informe, entre 1992 y 1996 y cuyas características no han cambiado a la fecha, las causas de muerte materna en Colombia fueron por orden y frecuencia: 1) Hipertensión inducida por el embarazo: 35%; 2) Complicaciones del trabajo de parto y parto: 25%; 3) Aborto: 16% y 4) Otras complicaciones del embarazo: 9%; 5) Complicaciones del puerperio: 8%, y 6) Hemorragias: 7%. En Antioquia las hemorragias superan a las otras complicaciones del parto estando en segundo lugar y el aborto en el tercero, en Medellín.

Las adolescentes, nuestro grupo de mayor preocupación egresan de los hospitales por diagnóstico de parto como segunda causa de egreso, y por aborto como tercera causa, por lo que considera la Red de Prevención del Embarazo Adolescente, que en la mayoría de los casos, al parto y el aborto en las adolescentes son una falla en múltiples campos: en educación, en formación e información en salud sexual y reproductiva; en acceso oportuno a los métodos de planificación, en acceso económico y locativo a espacios de asesoría y distribución de los mismos; en los hombres abusadores que toman a las mujeres como objeto satisfacción personal violando su derechos al libre desarrollo de la personalidad, a su libertad de elección, a sus posibilidades de desarrollo más allá de la maternidad.

Las causas de muerte debidas al aborto en condiciones de riesgo:

El aborto es un problema médico pero también un problema social agravado por condiciones de pobreza y su penalización no solo compromete la libertad y el libre desarrollo de la personalidad, sino que expone a las mujeres al acceso a lugares y estrategias inseguras para suspender la gestación.

El subregistro existente en razón de la ilegalidad solo permite estimaciones de precisión cuestionable: por cada aborto registrado en los hospitales, se producen cinco más que no se hospitalizan o porque no se complican o porque lo resuelven por su cuenta ambulatoriamente: solo 20% de los abortos requieren hospitalización por hemorragia e infecciones que son las principales complicaciones.

10.6.2. Aborto como problema social:

Existen limitantes estructurales y factores culturales más que causas-efecto, que predisponen al aborto: problemas de salud, deficiente educación sexual, limitaciones en el entendimiento de los comportamientos sexuales principalmente de los jóvenes; problemas en la información en

anticoncepción, de acceso al sistema de salud, de acceso a los métodos de regulación de la fecundidad, mal uso de los métodos, inequidad de género reflejada en el poco poder de negociación de las mujeres con la pareja sexual y en el proceso de toma de decisiones de abortar: autodeterminación, coacción masculina o decisión conjunta; temor a la familia, carencia económica y violencia sexual.

Para la Red de Prevención del embarazo en la Adolescencia, negar o prohibir el ejercicio de la sexualidad en la adolescencia, NO previene los embarazos no deseados ni los abortos, y considera que se requiere reflexionar y reevaluar los criterios de las familias y la sociedad ante las nuevas opciones en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, para prevenir embarazos no deseados y abortos pues los **embarazos y abortos en la adolescencia, constituyen una sumatoria de fallas de una sociedad machista con estructuras arcaicas que aún hoy toma decisiones por las mujeres y por sus vidas; una falla en las mujeres incapaces de tomar o defender sus decisiones; una falla en la veeduría jurídica al ejercicio de los derechos humanos; una falla en la educación familiar de asignar, respetar y valorar a las mujeres en sus contribuciones a la sociedad entre las que la maternidad es una opción y no como una obligación; en fin, una multiplicidad de carencias que contribuyen a la pobreza y a las limitaciones en el desarrollo de las mujeres, y a las cuales la Red quiere contribuir desde múltiples ángulos mejorar su vida y salud.**

10.6.3. Aborto como problema psicológico:

Son muchos los trabajos especulativos que tratan de argumentar que el aborto es responsable de problemas de salud mental para las mujeres que recurren a él; y esto ha sido utilizado como argumento para sostener la penalización, a pesar de las evidencias en contra. Según refieren en el trabajo de investigación realizado en Medellín por Ramírez y otras en 1998, Kraepelin, el padre de la psiquiatría moderna, en 1909 ya postulaba que el aborto aliviaba, más que precipitaba, un desorden psiquiátrico. En 1970 la Asociación Psiquiátrica y la Asociación Psicoanalítica Americana aclararon que los efectos psiquiátricos después del aborto son mínimos, y lo confirmaron estudios de seguimientos hasta por dos años, que consideran el abortar como benéfico y efectivo para reducir los síntomas psicopatológicos causados por el embarazo no deseado y como de peor pronóstico, cuando hay dificultad para tomar la decisión.

La investigación de la doctora Ramírez, se realizó con 53 mujeres que llegaron con aborto espontáneo en curso al Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y 32 que consultaron a diferentes centros de atención obstétrica de la ciudad por un embarazo no planeado y el deseo expreso de buscar su interrupción, las cuales fueron estudiadas en los tres

días posteriores al evento, a los tres meses y a los seis meses. El objetivo de la investigación era observar el impacto del aborto inducido ilegal sobre la salud mental de las mujeres; en sus hallazgos, no hubo diferencias significativas en la evolución global sintomática de las dos cohortes pero sí, somatización, ansiedad y ansiedad fóbica, significativamente mayores a través del tiempo, en las mujeres con aborto espontáneo. Se concluye que el aborto inducido ilegal en nuestro medio no parece ser factor de riesgo para la salud mental de las mujeres y que produce mayor afección perder el hijo o hija que se desea, que suspender la gestación no deseada¹⁴.

10.6.4. El Aborto Inducido tiene Altos Costos Económicos para el Estado:

Un estudio realizado en el año 2000 por Penagos, Jácome y otras¹⁵, en los Hospitales San Vicente de Paúl, General de Medellín y UH de Manrique, permitió calcular que con los dineros invertidos por las mujeres para tratar de abortar antes de acudir a los hospitales debido a las complicaciones, sumados con los gastos de atención hospitalaria de 36 mujeres hospitalizadas con aborto inducido, en solo 2 meses del año 2000, se hubiesen atendido durante un año a 537 mujeres en un programa de asesoría y asistencia en anticoncepción consistente en: una consulta ginecológica anual, toma de una citología y suministro gratuito de 13 ciclos de anticonceptivos para un año, además de evitar 36 muertes fetales y 2466 años de vida perdidos. En ese mismo año costaba 5 veces más atender un parto que prevenir un embarazo no deseado.

En el año 2004, la atención hospitalaria de 7.480 partos y 482 abortos en adolescentes, le costó a Medellín \$5.610.000.000¹⁶: un promedio de \$704.597 cada uno. Para el 2005 a tarifas del Plan Obligatorio de salud: POS, un programa preventivo gratuito para las mujeres, consistente en una consulta ginecológica anual (\$23.000), una citología a (\$6.000) y 14 ciclos de anticonceptivos a (\$14.000) cuesta \$211.000 por mujer/año, mientras que la sola atención de un parto o aborto en adolescente, cuesta 4 veces más y eso sin contar los costos subsiguientes a los nacimientos, y los costos sociales, de educación, manutención y cambios en el proyecto de vida de esas adolescentes que finalmente tiene repercusiones económicas y sociales. El “Informe Preliminar de los casos y costo del tratamiento del aborto hospitalario en Chile entre 1990 y 1991”, en 9 hospitales en 7378 mujeres con aborto, de los cuales el 59.8% eran inducidos, mostró el bloqueo de 64.3 camas hospitalarias durante un año, con promedio de estancia de 3,2 y utilización de

¹⁴Ramírez L, Palacio B, Jaramillo L. Morbilidad Psiquiátrica en Mujeres con Aborto Inducido Ilegal. Vertex 2000, Vol.XI- No 41:206-211.

¹⁵Penagos, Jácome y otras, El aborto...

¹⁶Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. Presentación en el Concejo de Medellín Sesión Junio 2005.

medicamentos de alto costo, que también costaron 3 veces más que la prevención y 4 veces más que el procedimiento de aspiración manual endouterina para el aborto inducido no séptico¹⁷.

10.6.5. Capacidades Económicas: “legalizar o despenalizar, aumenta el número de abortos”

Sí es cierto que aumentará la estadística pues muchos de los abortos clandestinos llegarán al sistema de salud a suspenderse bajo condiciones adecuadas; pero bajará la morbilidad (consecuencias negativas temporales o permanentes) y la mortalidad por aborto en condiciones de riesgo. Si el proceso se acompaña paralelamente de campañas efectivas de educación a la población, de acceso a la anticoncepción, y de servicios de calidad se contribuirá a su disminución. Despenalizar no disminuye el número pero sí las muertes maternas y las complicaciones de alto costo para la mujer, su familia y para el sistema.

¹⁷ Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Univ.

Externado de Colombia, Bogotá, 15 al 18 de noviembre de 1994.

11. DISEÑO METODOLÓGICO

11.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación Descriptiva: Según los expertos en metodología de la investigación (Pardinas, Tamayo, Asti, Vera) Este tipo de investigación describe ordenadamente las características de una comunidad o campo de interés.

En este proyecto de investigación se describe una discusión seria y detallada sobre la discusión HOY, alrededor de la despenalización (en casos especiales) del aborto, partiendo del hecho de que se contempla actualmente en el Código Penal Colombiano (artículo 122).

11.2 METODO DE INVESTIGACIÓN

11.1.1. ANÁLISIS-SÍNTESIS

Este trabajo de grado dirigido se desarrollará bajo la modalidad de monografía, en el cual se describirá, interpretará y analizará crítica y reflexivamente el tema propuesto y sus tópicos relacionados.

Por tratarse de un trabajo monográfico su análisis descriptivo es específico sobre el Aborto como una violación flagrante a los derechos humanos, pero su tratamiento es general porque busca decantar, profundizar y analizar el tema a la luz de la Constitución, la ley, la jurisprudencia y la doctrina contemporánea de donde se tomarán los aportes más significativos y actualizados buscando con ello su vigencia teórica y práctica a nivel regional y nacional.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo se pueden observar a lo largo de él; sin embargo precisaremos las de más relevancia:

Si se observa el Aborto como delito consideramos solo el bien jurídico tutelado como único criterio para establecer la punibilidad de una conducta realizada por una persona determinada, conduce a una deshumanización de la actividad punitiva del estado, por cuanto al no tener en cuenta el legislador el principio lógico de la proporcionalidad de la responsabilidad del autor en la comisión de un hecho típico, se estaría desconociendo un axioma básico del derecho penal, a partir del cual se reconoce la vulnerabilidad del hombre, su falibilidad, sus miedos, sus anhelos, rabias condicionamientos, estados de crisis y sus respuestas frente a los diferentes estímulos del mundo que lo rodea.

El derecho a la vida sigue siendo el principal de todos los derechos del ser humano, pero no es absoluto, ya que La Constitución de 1991 lo armoniza con la dignidad humana, por eso introduce el concepto de calidad de vida, con fundamento en el cual, en un Estado Social de Derecho, las personas deben vivir de una manera acorde con su dignidad.

Después de desarrollar este tema miramos que en nuestra vida diaria esta problemática del aborto es un acto criminal, por ser la terminación de un embarazo o interrupción del mismo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente, si sucede antes de los cinco meses, después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas.

BIBLIOGRAFIA

Alan Guttmacher Institute. 1996. *Panorama general del aborto clandestino en América Latina.* Temas en Breve.

Cardona, Clara Elena. *Despenalización del aborto en Colombia: un asunto de derechos humanos de las mujeres.* www.actualidadcolombiana.org/boletin.shtml?x=839. Consultado Febrero 3 de 2014.

DANE. Registros de Nacido Vivo y de Defunción. Consultada página web del DANE Febrero 13 de 2014.

Faúndes A., Barzelatto J. 2005. *El drama del aborto. En busca de un consenso.* 1a Edición. 67.

Gil, Laura. 2007. Encuesta Nacional sobre Aborto a Médicos Ginecobstetra. Departamento Ginecoobstetricia, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Ministerio de la Protección Social y Universidad Nacional de Colombia. *Implicaciones Éticas, Jurídicas y Médicas de la Sentencia C-355/06 de La corte Constitucional: Un avance para el ejercicio de los derechos Humanos, Sexuales y reproductivos de las colombianas.* Colombia 2007.

Orientame y Organización Mundial de la Salud. 1991. *Embarazo indeseado y aborto. Determinantes de la interrupción del embarazo no deseado y características de las mujeres que abortan.* Bogotá.

Profamilia. 2005. *Sexualidad y reproducción. ¿Qué derechos tienen las colombianas y colombianos?* Bogotá.

Women's Link Worldwide. *Despenalización del aborto, no es legalización del aborto.* Tercer Mundo Editores. Bogotá.

Zamudio, Lucero, et al. 1999. *El aborto inducido en Colombia.* Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigación sobre Dinámica Social, CIDS. Bogotá.